9.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS



Année 1899 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 juillet 1899, à 1 heure

Par VICTOR GAUTHIER
Né à Nozay (Loire-Inférieure) le 9 novembre 1869

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LYMPHADÉNOME DU TESTICULE

Président : M. TILLAUX, *professeur*.

Juges : { MM. HUMBERT, *professeur*.
LEJARS et BROCA (AUG.), *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS
JOUVE ET BOYER
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine, 15



1899





THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899 — **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 5 juillet 1899, à 1 heure

Par VICTOR GAUTHIER

Né à Nozay (Loire-Inférieure) le 9 novembre 1869

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LYMPHADÉNOME DU TESTICULE

Président : M. TILLAUX, *professeur*.

Juges : { MM. HUMBERT, *professeur*.
LEJARS et BROCA (AUG.), *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N........
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRE
BONNAIRE
BROCA (Aug.)
BROCA (André).
CHARRIN
CHASSEVANT
DELBET
DESGREZ
DUPRE
FAURE
GAUCHER
GILLES DE LA TOURETTE
HARTMANN
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGUEU
LEJARS
LEPAGE
MARFAN
MAUCLAIRE
MENETRIER
MERY
ROGER
SEBILEAU
TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
VARNIER
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

MAGISTRIS, MEIS ET AMICIS

Nous remerçions M. le professeur TILLAUX, Chirurgien des hôpitaux, Membre de l'Académie de médecine Commandeur de la Légion d'honneur, de l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de cette thèse inaugurale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LYMPHADÉNOME DU TESTICULE

INTRODUCTION

Les nombreux travaux qui ont paru depuis quelques années sur les manifestations inflammatoires du testicule nous ont suffisamment fixés sur leurs caractères anatomiques et cliniques et nous ont permis d'établir entre elles une distinction assez nette assurant à chacune d'elles une place bien marquée dans le cadre nosologique : en revanche les notions acquises jusqu'à ce jour sur la nature et les caractères cliniques des altérations néoplasiques de cet organe sont loin d'être aussi précises et nous en sommes réduits encore maintenant, pour ce qui concerne certaines d'entre elles tout au moins, au domaine des hypothèses.

Le temps n'est plus, il est vrai, où l'on confondait dans la même description les différentes variétés de dégénérescence du testicule, où le carcinôme vrai était assimilé

au sarcôme, à l'enchodrôme ou aux tératomes de la glande séminale, mais au point de vue clinique a-t-on fait un pas en avant ?

En présence d'une tumeur du testicule, nous serait-il toujours possible d'affirmer la nature, bénigne ou maline de l'affection et à plus forte raison de l'étiqueter d'une épithète permettant de la classer dans telle ou telle variété néoplasique ?

Malgré ces difficultés, on a tenté d'établir une distinction des tumeurs.

Se basant sur les données anatomo-pathologiques récentes MM. Monod et Arthaud ont voulu remédier aux défectuosités et aux lacunes de nos connaissances à ce sujet, dans une excellente étude intitulée : « *Considérations sur la classification des tumeurs du testicule* » mars 1867, *Revue de chirurgie*, t. VII.

Ces auteurs divisent les tumeurs du testicule en tumeurs complexes et en tumeurs pures.

La première variété comprend deux catégories de tumeurs :

1° Des formations kystiques congénitales variées, dont les inclusions testiculaires et scrotales sont le type le plus élevé, dont les kystes dermoïdes sont la forme la plus rudimentaire :

2° Des tumeurs mixtes avec ou sans formation kystique, composées de deux ou trois tissus fondamentaux plus ou moins confondus dans la même masse néoplasique, ces tumeurs mixtes sont des productions de structure très compliquée ; on y rencontre les tissus les plus divers : cellules épithéliales disposées comme dans le carcinôme

vrai, éléments embryonnaires analogues à ceux du sarcôme tissus cartilagineux variés comme dans l'enchondrome, kystes à contenu ou à revêtement épithélial variables, etc..., parfois du tissu osseux véritable, des fibres musculaires lisses et striées, et même du tissu nerveux.

La seconde variété est représentée par les tumeurs pures, que l'on peut diviser également en deux catégories : d'une part, celles qui se développent aux dépeus des éléments du feuillet moyen ; d'autre part celles développées aux dépens du feuillet interne et des éléments qui en dérivent.

a. — Dans la première catégorie sont rangés les chondrômes, les myxômes, les sarcômes embryonnaires, les les angiômes, les lymphangiômes et les lymphadénômes.

Toutes ces tumeurs appartiennent originellement au feuillet moyen, elles sont donc de source mésodermique.

b. — Dans la seconde classe des tumeurs pures nous signalons les néoplasmes d'origine endodermique appartenant à un type épithélial.

Les tumeurs épithéliales se présentent sous deux formes: la forme typique rappelant la disposition du tissu glandulaire normal, et la forme atypique ou carcinôme. La forme typique est représentée par la maladie kystique du testicule qui n'est autre qu'un épithélioma mucoïde comme l'a si bien démontré Malassez.

Les tumeurs épithéliales atypiques appartenant à la seconde classe correspondent cliniquement au carcinôme qui se présente sous deux formes : tantôt il revêt l'aspect d'une tumeur diffuse à stroma peu abondant, sujet à des dégénérescences mucoïdes et colloïdes, à des gangrènes

partielles, à des hémorrhagies multiples réalisant ainsi le type encéphaloïde : tantôt il se présente avec un stroma dense avec éléments cellulaires peu abondants, c'est le squirrhe qui est plus rarement observé.

De toutes ces tumeurs, il en est une que nous étudierons spécialement, le lymphadénome, dont l'histoire anatomique et clinique est digne d'un grand intérêt.

Nous prendrons comme point de départ de cette étude une observation recueillie dans le service de M. Richelot, à l'hôpital Saint-Louis, et qui nous a été communiquée par le Dr Morestin dont les conseils nous ont été si précieux, ce dont nous l'en remercions vivement.

Nous avons dit précédemment que le lymphadénome du testicule appartenait à la catégorie des tumeurs pures, à la variété des néoplasmes qui se développent aux dépens du mésoderme, au même titre que les chondrômes, les myxômes, les sarcômes, les angiômes et les lymphangiômes.

Toutefois, malgré cette communauté d'origine, il nous a semblé qu'il était possible d'établir une distinction entre ces différentes catégories de néoplasmes et d'assurer au lymphadénome testiculaire une place bien tranchée dans le cadre nosologique.

Nous allons nous attacher à démontrer que non-seulement il constitue une forme distincte et facile à reconnaître au point de vue structural, mais encore qu'il possède quelques caractères suffisamment marqués généralement pour permettre de les différencier des affections néoplasiques observées dans cette région.

Nous ne nous dissimulons pas les difficultés de notre

tâche ; toutefois nous espérons que si quelques-unes de nos conclusions paraissent prématurées, d'autres recevant plus tard l'appui d'observations concordant avec les nôtres, seront un jour considérées comme définitives.

HISTORIQUE

C'est Malassez qui le premier a décrit, en 1874, le lymphadénome du testicule. Cinq années plus tard, son élève, Talavera, consacrait tout un travail à l'étude de cette affection qui devait faire l'objet de sa thèse inaugurale intitulée : « *Recherches histologiques sur quelques tumeurs du testicule* (th. de Paris 1879).

Ce fut une pièce envoyée par Péan au laboratoire d'histologie du Collège de France que Malassez reconnut les caractères du lymphadénome testiculaire.

Tout d'abord il crut à un vulgaire sarcôme, puis poursuivant son examen « il constatait d'une part, que, dans tous les points qu'il examinait, les cellules constituant la grande masse de la tumeur était petites, très régulières de forme, et toujours de mêmes dimensions, n'offrant nulle part ces infinies variétés de configuration et de volume qui sont un des caractères des tumeurs sarcomateuses.

Il reconnaissait d'autre part que les vaisseaux au lieu d'être, comme dans celles-ci, en contact direct avec les cellules, au lieu de former de simples espaces vasculaires, se présentaient à l'état de capillaires vrais, à parois propres bien distinctes et limitant nettement leur cavité.

Cette double circonstance, dont la seconde suffirait pres-

que à elle seule pour écarter l'idée d'un sarcôme, tandis que la première rappelait à l'esprit l'aspect du tissu des ganglions lymphatiques, conduisait naturellement à mettre en œuvre la méthode habituellement employée pour l'étude de ces derniers.

On sait que ce n'est qu'en chassant avec un pinceau les éléments cellulaires, que l'on parvient à démontrer l'existence d'un fin réticulum qui caractérise le tissu adénoïde.

Sur des coupes fines, traitées de cette façon, on reconnut bien vite que ce réticulum se présentait ici avec son aspect ordinaire, et il fut dès lors évident que la tumeur, essentiellement constituée par un tissu adénoïde, devait être considérée comme un véritable lymphadénome » (1).

A la suite de la communication de Malassez, des cas semblables furent signalés, au point que Monod et Terrillon arrivent à en rapporter neuf observations en 1879.

La première observation est celle de Péan parue en septembre 1874 ; nous avons dit qu'elle avait été le point de départ des recherches de Malassez sur le lymphadénome du testicule.

La deuxième appartient à Desprès, elle est consignée dans le *Bulletin de la société anatomique* de 1875, page 89. L'auteur crut à une lésion tuberculeuse en voie d'évolution non encore arrivée à la caséification, mais l'examen historique pratiqué par Renaut révèle l'existence du lymphadénome.

La troisième observation est relatée par Trélat et

1. *Essai sur le lymphadénome du testicule.* Monod et Terrillon : *Archives générales de médecine,* juillet-septembre 1879.

exposée tout au long par Letulle dans le *Bulletin de la société anatomique* de 1876.

L'examen microscopique fut pratiqué par Malassez : « En résumé, dit-il, nous voyons que cette tumeur du testicule est constituée par un tissu comparable à celui des ganglions lymphatiques, et qu'elle mérite, par conséquent, le nom de lymphadénome ; nous voyons aussi qu'elle détruit les parenchymes non pas en les refoulant devant soi, mais en les envahissant et les transformant peu à peu, jusqu'à les rendre méconnaissables ».

La quatrième est de Nicaise et rapportée dans le mémoire de Talavera, l'examen microscopique a été fait par Chambard qui a reconnu tous les éléments du lymphadénome.

Le cinquième cas a été recueilli dans le service de M. le Professeur Duplay, à l'hôpital Saint-Louis en 1878.

Les tumeurs observées dans les testicules et dans différents points du corps furent analysées par Chambard et Talavera qui les classèrent dans la catégorie des lymphadénomes.

La sixième observation est du Professeur Guyon. La tumeur fut étudiée par Malassez qui donna le diagnostic anatomique suivant : « Lymphadénome, cellules lymphoïdes, mais pas de réticulum type ; lymphôme plutôt que lymphadénome pur ».

Depuis cette observation qui date de février 1879, trois nouveaux cas ont été signalés, dont deux par Terrillon.

Le premier est de février 1887, l'analyse histologique a été faite par M. Brault qui déclara qu'il s'agissait d'un lymphadénome à petites cellules ayant envahi la partie

antérieure du testicule. Le second date de la même époque et a été également examiné par le Dr Brault qui remit à Terrillon, la note manuscrite suivante : « le testicule avait à la coupe l'aspect d'un sarcôme ; les masses étaient molles, blanchâtres, de consistance encéphaloïde. A l'examen microscopique, les cellules de la tumeur se rapprochaient davantage de celles des sarcômes globo-cellulaires à petites cellules. Mais d'autres points de la prépation montraient un tissu conjonctif nettement réticulé lymphoïde ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous étudierons successivement les lésions locales et les lésions observées à distance.

a. — *Lésions locales.* — Le lymphadénôme est généralement moins volumineux que le sarcôme ou le carcinôme. Il n'excède guère le volume d'une orange, c'est exceptionnellement que le Prof. Trélat a pu rapporter un cas où la tumeur mesurait environ 14 centimètres dans son grand diamètre vertical, et 7 centimètres dans son diamètre transversal.

Le néoplasme occupe habituellement toute la glande qui est seule atteinte : les enveloppes du testicule sont généralement indemnes, et la vaginale intacte ne renferme pas de sérosité : le testicule seul est touché, l'épididyme est respecté et il apparaît aplati comme un ruban à la surface de la tumeur : il a perdu ses dimensions normales, et cette atrophie paraît due à la compression exercée sur lui par le néoplasme sous-jacent. Dans un cas de Ricard cependant, l'épididyme était envahi au même titre que le testicule et la récidive suivit de très près l'intervention.

La tumeur a généralement une forme régulière et conserve celle du testicule qui semble simplement augmenté de volume. Sa consistance est égale en tous les points,

elle est élastique et présente une certaine résistance au doigt qui la palpe.

Si on fait une coupe de la tumeur, on constate qu'elle présente une coloration gris rosé. Suivant Malassez la surface est ordinairement égale et vaguement lobulée : « Les lobules peuvent affecter une disposition particulière qui serait assez caractéristique. Ils ne sont pas comme dans le sarcôme ou le cacinôme sphériques ou ovoïdes, indépendants de la structure de l'organe, mais paraissent, au contraire, correspondre aux lobules normaux de la glande. Ils rayonnent à partir du corps d'Highmore, comme si l'envahissement se faisait en même temps, quoiqu'à des degrés divers sur les différents départements tubulaires, respectant pendant un certain temps les travées conjonctives qui du corps d'Highmore vont à l'albuginée ».

Si avec la lame du couteau on ràcle la surface de la section, on remarque qu'elle présente un aspect et une consistance uniforme ; toutefois, mais rarement, on découvre des points craseux ramollis et un piqueté hémorrhagique que masque un suc laiteux que l'on enlève facilement en plaçant la pièce sous un filet d'eau.

Le canal déférent qui part de l'épididyme est ordinairement sain, cependant on l'a vu augmenté de volume.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'examen histologique révèle la présence d'un certain nombre de tubes séminifères en certains points de la

coupe. Ces tubes sont très altérés et ont perdu leurs contours.

Les lamelles conjonctives qui constituent leur tunique externe sont devenues plus réfringentes et sont dissociées par des bandes de cellules disposées sur une ou plusieurs rangées. Ces cellules sont rondes, ont un protaplasma peu abondant et un noyau volumineux multinucléaire et ont la constitution des cellules lymphatiques.

Si on chasse à l'aide du pinceau cet amas de cellules, on remarque entre les lamelles conjonctives de petites travées allant d'une lamelle à l'autre, tout en s'anastomosant entre elles.

Ces travées sont cylindriques et aplaties, minces et réfringentes : elles forment avec les lamelles un véritable réticulum adénoïde.

La tunique externe des canalicules séminifères est donc transformée en un tissu réticulé lymphoïde. Leur tunique interne est hypertrophiée dans ses parties périphériques, elle présente des éléments cellulaires plus nombreux : la substance réfringente prend un aspect réticulé qui est d'autant plus manifeste que l'on se rapproche de la périphérie.

L'épithélium intra-canaliculaire a disparu, la lumière du canal est obstruée.

En résumé, les tubes séminifères sont transformés en un cordon de tissu lymphoïde.

Ces cordons sont séparés par du tissu réticulé qui se confond avec celui des tubes. Il arrive un moment où on ne trouve plus trace de la texture normale de la glande dont les éléments finissent par disparaître devant les pro-

grès de la néoplasie. C'est à peine si par place on aperçoit de loin en loin des cordons de tissu réticulé plus serré, correspondant aux tubes séminifères qui ont en partie disparu.

Dans la masse lymphoïde qui s'est substituée à l'élément glandulaire, on remarque la présence des vaisseaux sanguins ; les capillaires présentent des cellules plates ; les vaisseaux artériels et veineux ont conservé leur musculeuse, tandis que la tunique adventice s'est transformée en tissu réticulé qui se confond avec le tissu lymphoïde qui l'entoure.

Les cloisons conjonctives qui séparent les lobules n'existent plus et ne sont plus représentées que par des fibrilles conjonctives disséminées au milieu du tissu réticulé.

La tunique albuginée est également altérée, mais résiste longtemps et forme une coque protectrice qui s'oppose à la diffusion des lésions. Par le procédé du pinceau indiqué par Malassez, on y découvre aisément un réticulum à travées épaisses et serrées, formant des lames superposées parallèlement à la surface de l'albuginée.

ÉTIOLOGIE

C'est une maladie de l'âge mûr observée surtout de 30 à 60 ans. La cause, comme celle des néoplasmes en général, en est complètement inconnue.

Conheim (1) a émis une théorie tendant à expliquer le mode de formation des tumeurs du testicule. Il admet que tous ces néoplasmes testiculaires ont leur origine dans un vice de développement : à une phase quelconque de la vie embryonnaire se produisaient des inclusions des feuillets blastodermiques aboutissant à la formation de masses cellulaires isolées dans les tissus, masses qui demeurent d'abord silencieuses et comme sans vie et ne reprennent leur activité première qu'à une époque plus ou moins éloignée de la naissance.

Cette hypothèse de l'origine embryonnaire des tumeurs permet de se rendre compte de certains points de l'histoire des néoplasies vraies, de celles que transmet l'hérédité, de certaines tumeurs congénitales, comme les kystes dermoïdes, les tératomes du testicule. Elle éclaire aussi la pathogénie des tumeurs mixtes : « mais elle ne va pas au-delà et nous ne voyons pas pourquoi après un

1. Conheim. *Vorlesungen über allgemeïne Pathologie*, 2e édition, Berlin, 1882.

sommeil plus ou moins prolongé ces aberrants se réveillent et surtout engendrent des néoplasmes différents des tissus auxquels les cellules embryonnaires ou « nodales » donnent normalement naissance : un épithéliome kystique ou un carcinome n'est pas l'équivalent de l'organe qui se serait développé aux dépens du tube de Pflüger incarcéré ; cet argument frappe surtout lorsqu'on considère les tumeurs pures ». Reclus.

Or, le lymphadénome est une tumeur pure, de sorte que la théorie séduisante de l'inclusion fœtale de Conheim admissible pour les tumeurs congénitales et peut être aussi pour les tumeurs complexes du testicule ne saurait éclairer en aucune sorte la pathogénie du lymphadénome testiculaire.

SYMPTOMATOLOGIE

Le lymphadénome a généralement un début insidieux, c'est par hasard le plus souvent que le malade s'aperçoit de l'augmentation du volume de son testicule, qui devient bientôt gênant par son poids.

Le développement du néoplasme est ordinairement assez lent et c'est d'une façon exceptionnelle qu'on le voit acquérir en quelques mois un volume considérable.

Lorsque la tumeur a atteint des dimensions notables, elle soulève les enveloppes scrotales qui sont distendues sans toutefois présenter la moindre altération. C'est à peine si dans certains cas, on a noté quelques dilatations variqueuses sillonnant la surface du scrotum. A la palpation, on sent que la glande est manifestement augmentée de volume : elle a conservé sa forme ; sa surface est régulière, quelquefois légèrement bosselée ; sa consistance est élastique, dure dans certains cas, mais elle est uniforme sur tous les points de la glande.

La palpation n'est point douloureuse, et le testicule, comme dans le sarcocèle syphilitique, a perdu presque totalement cette sensibilité spéciale que réveille normalement une pression un peu forte.

Il est rare de percevoir l'épididyme qui, comme nous

l'avons dit dans le chapitre de l'anatomie pathologique est aplati et étalé sur la masse testiculaire.

Le cordon spermatique est dans la majorité des cas respecté. Toutefois on l'a vu augmenté de volume et présenter des dilatations variqueuses se prolongeant jusque sur le scrotum.

Cette symptomatologie n'a eu en somme rien de bien spécial : dans l'énumération des caractères cliniques de l'affection nous n'en avons trouvé aucun qui permette de poser un diagnostic précis. Ces caractères nous les retrouvons dans la syphilis, dans les tumeurs congénitales, dans les sarcômes et les carcinomes du testicule. Toutefois il est deux autres symptômes que nous avons omis de signaler à dessein et qui ont une valeur indéniable au point de vue du diagnostic différentiel, nous voulons parler de la bilatéralité des lésions, et des métastases néoplasiques dans les diverses régions du corps.

Monod et Terrillon insistent sur la fréquence de la bilatéralité de l'affection : « il est bien remarquable en effet, que sur cinq des observations que nous avons résumées, quatre fois les deux testicules ont été atteints en même temps ou à un intervalle très rapproché ».

Or, on sait que les tumeurs du testicule ont pour caractère habituel de ne siéger que d'un seul côté Vidal de Cassis ne considérait-il pas l'unilatéralité des lésions comme une règle absolue dans le cancer du testicule ? Gosselin lui-même n'hésite pas à déclarer comme exceptionnel les cas où le cancer envahit les deux testicules.

Nous nous souvenons avoir vu dans le service de M. le Professeur Duplay un malade atteint d'une tumeur

des deux testicules et cette tumeur présentait tous les caractères du lymphadénome.

Monod et Terrillon dans leur excellente étude sur le lymphadénome testiculaire arrivent à conclure que cette variété de néoplasme est généralement la seule qui frappe à la foi les deux glandes séminales.

Un second caractère également important dans le diagnostic différentiel de cette affection est l'apparition de noyaux métastatiques en divers points du corps. Que l'on parcoure les diverses observations qui ont été publiées sur les malades atteints de lymphadénome testiculaire et l'on verra que fréquemment les sujets ont présenté des tumeurs secondaires plus ou moins éloignées du foyer primitif. Ces noyaux métastatiques peuvent avoir une apparition précoce qui coïncide presque avec celle du néoplasme testiculaire : plus souvent ils apparaissent tardivement alors que la lésion du testicule est depuis longtemps manifeste et appportent ainsi un élément précieux à un diagnostic encore douteux.

Ainsi, dans l'observation de Péan, qui fut le point de départ des recherches de Malassez sur cette variété de néoplasme, le malade présenta quelque temps après l'opération des tumeurs secondaires dans l'abdomen, et il ne tarda pas à succomber.

Dans le cas signalé par Letulle à propos d'un malade du service du professeur Trélat, on constate peu de temps après la castration une petite tumeur siégeant au-dessus de l'arcade zygomatique gauche, sous-cutanée et mobile sous la peau, mais paraissant adhérer au périoste inférieurement ; bientôt apparaît une seconde tumeur offrant les

mêmes caractères et située au niveau de l'arcade sourcilière gauche, à sa partie moyenne ; puis, dans l'aine gauche au-dessus de la cicatrice scrotale, deux ou trois masses arrondies correspondant aux ganglions de la région. Une autre grosseur apparaît au-dessus de l'angle du maxillaire inférieur, à droite ; son développement est très rapide au point qu'en l'espace d'un mois, elle a doublé de volume.

La deuxième articulation chondro-sternale gauche est aussi le siège d'une tuméfaction très marquée.

L'examen microscopique de ces tumeurs pratiqué par Malassez a démontré qu'il s'agissait de tumeurs lymphadéniques reproduisant le type histologique du néoplasme testiculaire.

Le malade de Nicaise fournit également un exemple frappant de la généralisation du lymphadénome.

En même temps que la tumeur du testicule droit apparaît une tuméfaction de la paroi thoracique située en dehors du mamelon gauche, puis une seconde beaucoup plus considérable dans la région axillaire du même côté ; son développement est très rapide au point qu'elle acquiert bientôt le volume d'une tête de fœtus à terme,

Dans l'observation de M. le Professeur Guyon recueillie par Segond, alors interne des hôpitaux, le malade présenta des petites tumeurs siégeant sur le front, et sur le haut de la tête : « au-dessus de la queue du sourcil droit, tumeur adhérente au périoste sur lequel elle est implantée, de 3 centimètres de diamètre environ et de 1 centimètre de hauteur, de consistance uniforme, dure élastique, fibreuse, se continuant presque insensiblement avec les tissus

voisins, peau intacte..... Sur le sommet de la tête, à gauche de la ligne médiane, existe deux tumeurs, l'une un peu plus volumineuse que la première, en présentant tous les caractères, sauf qu'elle est plus molle, plus élastique, et comme fluctuante ; la peau est normale. La seconde, située en arrière, a le volume d'un pois est très dure et douloureuse à la pression ».

Il faut dire que ce malade avait été castré de son testicule gauche pour un lymphadénôme du testicule deux mois aupavant.

Le lymphadénôme du testicule comme le démontrent les observations que nous venons de rapporter dans ce travail a une tendance remarquable à se généraliser et c'est là un caractère précieux pour le diagnostic différentiel de la nature du néoplasme.

Opéré ou non, c'est aux métastases qu'elles entraînent que succombent les malades, les viscères sont envahis au même titre que le téguments ; chez l'opéré de Trélat dont l'autopsie fut faite par Malassez, les ganglions inguinaux iliaques, mésentériques, étaient envahis ; sur l'intestin grêle il existait de nombreuses ulcérations arrondies, et l'examen révéla au niveau de ces lésions une infiltration de globules blancs.

Les parois de la vésicule biliaire étaient très épaissies et gorgées de cellules lymphatiques. Les os du crâne étaient aussi le siège d'ulcérations manifestes : « En même temps qu'un aspect blanchâtre remarquable, ils présentent une épaisseur considérable. Le tissu osseux en est friable ; le diploé n'existe plus. Au microscope la substance osseuse est plus abondante, tandis que les

espaces médullaires sont très étroits. Ce tissu est remarquable par la faible quantité de canaux de Havers. Sur certains points, on voit nettement des systèmes de Havers sans canal central. Les vertèbres et le sternum présentent, au niveau du tissu spongieux, un aspect noirâtre remarquable : le tissu osseux est très friable. De même pour le tissu médullaire de l'humérus ».

Un autre symptôme sur lequel nous désirons appeler l'attention est l'altération du sang chez les malades atteints de lymphadénôme.

Les globules rouges sont en moins grand nombre qu'à l'état normal, ainsi chez le malade du professeur Guyon, l'examen du sang pratiqué par M. Ducastel a permis de constater qu'il y avait 2,967,000 de globules rouges, et chez celui de Trélat 3,360,000, puis 3,200,000 quatre mois plus tard.

Les globules blancs sont au contraire plus abondants que normalement dans certains cas observés ; Ducastel a constaté chez un malade une moyenne de 1 globule blanc pour 153 rouges, c'est-à-dire un certain degré de leucémie ; toutefois cette leucémie est loin d'être la règle, puisque chez le malade de Trélat examiné par Malassez, la proportion était de 1 globule blanc pour 426 globules rouges.

Dans une observation de Terrillon, le nombre des globules blancs était plus considérable qu'à l'état normal.

« Ce résultat négatif, dit l'auteur, n'a au reste rien qui doive surprendre.

On sait que le lymphadénome des ganglions lymphati-

ques, le plus commun de tous, ne s'accompagne ordinairement pas de leucémie ».

A ces symptômes nous joindrons d'autres signes négatifs qui ont ici une grande valeur et qui s'observent au cours de la première période de l'affection, nous voulons parler de l'absence habituelle de ganglions inguinaux et iliaques, de l'intégrité et de la prostate et des vésicules séminales, de l'absence de douleurs autres qu'une simple pesanteur due au tiraillement sur le cordon par le poids de la tumeur, de l'intégrité de l'état général, pendant un laps de temps assez long.

Le malade dont nous relatons l'histoire et que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. Richelot était dans un état de santé absolument parfait, celui que nous avons eu dans le service de M. le Professeur Duplay l'an dernier, paraissait robuste et déclarait que son état général était excellent.

Habituellement les troubles généraux ne se produisent que tardivement au moment où s'opère la généralisation du néoplasme.

ÉVOLUTION

Nous avons dit au début du chapitre précédent que l'affection avait une évolution plutôt lente, et qu'elle durait plusieurs années ; on cite un cas où l'opération ne fut pratiquée qu'au bout de huit ans.

Nous diviserons la marche clinique du lymphadénome testiculaire en deux périodes.

Dans la première, dite de simple tumeur, l'affection est pour ainsi dire silencieuse, c'est à peine si le malade porte son attention sur la tuméfaction indolente qui distend son scrotum et c'est par hasard en faisant sa toilette qu'il la découvre. Certains malades, loin de s'en inquiéter outre mesure, continuent pendant des mois et même des années à vaquer à leurs occupations journalières, jusqu'au jour où le néoplasme, par l'augmentation toujours croissante de son volume, finisse par inquiéter le malade qui alors se décide à consulter le médecin.

Dans la seconde période, dite de généralisation et de cachexie, le tableau clinique se modifie, la tumeur testiculaire qui jusque-là avait évolué lentement, augmente assez rapidement de volume, l'autre testicule est également atteint parle néoplasme. Le palper de la fosse iliaque et de l'abdomen y révèle la présence de masses ganglionnaires, en

divers points du corps et notamment à la face et au cou apparaissent des tumeurs sous-cutanées qu'un observateur inexpérimenté prend pour des kystes ou des lipomes. L'état général s'altère, l'amaigrissement a fait des progrès sensibles, le teint est pâle, jaune, cireux, l'appétit est diminué, la constipation est remplacée quelquefois par de la diarrhée et le malade est souvent pris de vomissements.

La toux est fréquente ; la dyspnée apparaît, indice d'une métastase pleuro-pulmonaire.

Les urines sont rares et albumineuses. L'apparition d'un œdème des membres inférieurs coïncidant avec un affaiblissement extrême du malade annonce une mort prochaine qui est la fin habituelle du lymphadénome testiculaire.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic différentiel de l'affection est des plus délicats surtout au début de l'affection.

Une tumeur apparaît insidieusement distendant lentement le scrotum sans occasionner le moindre phénomène douloureux et sans porter atteinte à l'état général ; la tumeur est rénitente, quelquefois dure, sa surface est régulière. Il est impossible de sentir l'épididyme qui semble perdu dans la masse néoplasique ; le cordon est sain ou légèrement augmenté de volume et le toucher rectal ne donne que des renseignements négatifs.

En présence de cet ensemble de symptômes, plusieurs hypothèses se présentent à l'esprit du clinicien : ou bien la tumeur s'est développée aux dépens de la vaginale, ou bien c'est aux dépens de la glande elle-même qu'elle s'est constituée.

Dans le premier cas, c'est surtout avec l'hématocèle que la confusion est possible. Lorsqu'une hématocèle se présente avec ses caractères classiques, tumeur de moyen volume, piriforme, lisse, sans bosselures, élastique, avec la glande refoulée en arrière, lorsque, par surcroît, ses parois rigides crépitent comme du cuir neuf, on ne saurait avoir de doutes sur l'existence d'une pachyvaginalite,

surtout lorsque la tumeur s'est accrue par à coups subits sans altérer l'état général. Mais chacun de ces signes peuvent manquer et la tumeur peut se présenter comme une énigme à résoudre, et le diagnostic presque impossible.

Toutefois, avec Nélaton, nous croyons que dans le doute il vaut mieux penser à la tumeur maligne : nous nous rappelons avoir vu l'an dernier dans le service de M. le Prof. Duplay deux jeunes malades, l'un de 28 ans, l'autre de 24 ans chez lesquels on porta le diagnostic d'hématocèle. L'intervention démontra qu'il s'agissait en réalité dans les deux cas d'un cancer du testicule.

La tumeur s'est-elle développée aux dépens de la glande séminale elle-même, on devra songer en premier lieu à la syphilis du testicule. On n'oubliera pas qu'en général le sarcocèle syphilitique a une consistance plus ferme, qu'il est moins douloureux à la pression, que sa surface est semée de petites saillies arrondis et dures à albuginite ; le testicule est aplati d'un côté à l'autre, de forme justement composée à celle d'un galet ; d'autre part on devra s'enquérir des antécédents du malade, rechercher s'il n'y à pas de manifestations syphilitiques sur le corps ou des vestiges d'accidents spécifiques anciens. En tout cas, il est indiqué de prescrire le traitement antisyphilitique et de tenter l'exploration par le mercure et l'iodure de potassium.

Quant à la confusion avec les autres tumeurs du testicule elle est encore plus facile ; il est bien malaisé en effet de faire un choix dans la grande catégorie des tumeurs et de différencier cliniquement un lymphadénôme

d'un sarcôme, d'un carcinôme, d'un enchondrôme, d'un tératôme, etc... Toutefois en indiquant les principaux caractères du lymphadénôme nous avons insisté tout particulièrement sur la valeur séméiologique de quatre symptômes dont la réunion permettait d'affirmer le diagnostic, nous voulons parler de la bilatéralité des lésions, de la généralisation rapide du néoplasme dans les divers points du corps, et de l'augmentation très lente de la tumeur avec intégrité de l'état général.

A ce sujet Trélat insiste sur l'importance de la présence de noyaux métastatiques dans les divers points du corps, dans le diagnostic du lymphadénome : « Vous êtes en présence d'un malade vigoureux qui vous consulte pour une tumeur bien circonscrite et si par hasard vous lui trouvez sur un autre point du corps quelque autre petite grosseur, vous apprenez qu'elle n'a ni histoire, ni manifestation ; le malade ne s'en doute pas ; elle ne lui fait ni mal, ni gêne, et elle est si petite ! Quelque obscur petit lipôme sans doute ! Vous passez outre et votre diagnostic est perdu. »

TRAITEMENT

« Le chapitre des tumeurs du testicule, si long lorsqu'on étudie l'anatomie pathologique, est singulièrement court lorsqu'il s'agit du traitement, et quelques lignes pourraient y suffire : qu'on ait affaire à des carcinomes ou à des sarcomes, à des tumeurs mixtes ou à des lymphadénomes, à des enchondromes ou à des maladies kystiques, à des fibromes ou à des myxômes, à des myômes ou à des ostéomes, la question est la même ; faut-il ou ne faut-il pas amputer la glande ». Forgue et Reclus. On a prétendu que l'opération hâtait la généralisation, mais il existe des cas de tumeurs reconnues vraiment malignes qui opérées, n'ont donné lieu à aucune récidive après un laps de temps variant de deux, trois et même dix années.

En présence d'une affection dont le pronostic est d'une gravité exceptionnelle, nulle hésitation n'est possible sur la conduite à tenir en pareil cas.

Il faut intervenir et intervenir le plus tôt possible avant tout indice d'infection générale de l'économie.

La castration doit être pratiquée dès le début des lésions, et le cordon devra être sectionné le plus haut que l'on pourra dans le canal inguinal. Si l'autre testicule est envahi il est déjà trop tard, la généralisation est faite,

l'intervention est devenue complètement inutile. « Il faut savoir s'abstenir absolument de toute opération, disait Trélat, car malgré l'absence apparente de cachexie, la généralisation est faite et votre opération ne remplirait plus aucune indication. Vous n'enlèverez qu'une tumeur en laissant toutes les autres qui grossissent et vont se développer dans les ganglions, le mésentère, la rate, le foie, les os, etc... ».

Observation I

Recueillie dans le service du Dr Richelot et communiquée par le Dr Morestin.

B. P... est entré le 4 avril 1899 à l'hôpital Saint-Louis. Isolement n° 16. C'est un journalier de 37 ans, homme très robuste et qui n'a jamais eu d'autre maladie que celle dont il est atteint actuellement. Il est porteur d'une tumeur scrotale du côté gauche, tumeur qui soulève les téguments sans les altérer. Cette masse libre et très mobile sur les couches superficielles est du volume d'un gros œuf de dinde, légèrement bosselée, dure et même très dure à la pression, uniforme dans sa consistance, indolente aux explorations. Au-dessous de cette grosse masse est un corps arrondi, demi-mou, gros comme une petite noix, qui lui est attaché et appendu. On ne peut percevoir nulle part ni fluctuation, ni transparence. Le canal déférent émerge en arrière de la tumeur. Le cordon est volumineux et on y reconnaît facilement de grosses veines dilatées donnant à la main qui explore la sensation caractéristique du varicocèle.

S'il fallait admettre ce que nous dit le malade, le début de

l'affection remonterait à une période fort éloignée, car il se souvient ou croit se souvenir qu'il a toujours eu quelque chose d'anormal au testicule, « ce côté étant plus gros que l'autre ». Mais depuis quelque temps la bourse du côté correspondant grossit et même avec une certaine rapidité. Du moins sa femme le lui fait rapporter, car lui-même ne porte pas grand intérêt à ce qui se passe du côté de son scrotum. En réalité, il faut tenir compte surtout de cette augmentation rapide constatée récemment, et qui constitue un témoignage important en faveur soit d'une évolution nouvelle d'une affection jusque-là stationnaire ou à une marche d'une lenteur extrême, soit d'une maladie surajoutée et primant par son importance les lésions anciennes.

Le testicule du côté droit et ses annexes sont parfaitement sains. Il n'y a rien ailleurs, la palpation de l'abdomen pratiquée avec soin ne révèle aucune masse ganglionnaire.

L'état général est excellent. Comme il arrive très souvent dans les cas de tumeurs des bourses, le diagnostic présentait de sérieuses difficultés.

Des deux masses superposées que nous révélait la palpation, laquelle représentait le testicule ? L'inférieure arrondie, souple, demi-molle, rappelait fort bien par son volume, sa configuration et sa consistance, la glande spermatique.

En admettant qu'il s'agissait en effet du testicule, la tumeur devait être considérée comme appartenant à la tête de l'épididyme ou au cordon. Si au contraire c'était la masse bosselée volumineuse et dure qui représentait le testicule, qu'était la tumeur sous-jacente ?

En tenant compte de sa situation par rapport à la tumeur principale, d'une légère réductibilité par la pression, de sa con-

tinuité avec le cordon en arrière de la grosse masse bosselée, on pouvait admettre qu'il s'agissait de l'épididyme plus ou moins modifié.

C'est ce qui fut admis et même nous avions pensé qu'il s'agissait sans doute d'un épididyme dont l'augmentation de volume pouvait tenir à la présence dans son épaisseur de veines dilatées et lui donnant une structure caverneuse. Cette hypothèse fondée sur la présence du varicocèle du cordon, s'est trouvée vérifiée plus tard par l'examen de la pièce.

Nulle part on ne sentait de fluctuation, et la consistance, très ferme, était uniforme sur toute l'étendue de la tumeur. Cette dureté uniforme ; ces bosselures si nettes, l'isolement de l'épididyme, l'absence de traumatisme antérieur, nous firent éloigner l'hématocèle, qui pourtant, on le sait, est la pierre d'achoppement dans le diagnostic des tumeurs du testicule.

Pour une fois, il n'y avait pas lieu de la discuter sérieusement.

La syphilis fut aussi écartée bien que la dureté, l'indolence, la forme légèrement aplatie d'un côté à l'autre aient pu y faire songer un instant.

Mais cet homme n'avait aucune trace de cette maladie, rien dans les antécédents : il avait été soumis sans résultat au traitement anti-syphilitique, puis la tumeur unilatérale, était trop régulièrement bosselée, les bosselures trop volumineuses.

En outre il n'y avait point d'hydrocèle.

Restait la grande catégorie des tumeurs, entre lesquelles il était difficile de faire un choix. Nous avons pensé qu'il s'agissait d'une tumeur maligne. En clinique, c'est déjà beaucoup d'en arriver là.

Préciser davantage est difficile et même imprudent. Nous

avons donc admis qu'il s'agissait d'un sarcôme, car les chirurgiens ont l'habitude d'appeler sarcômes les tumeurs du testicule, qui cependant ne sont pas des sarcomes le plus ordinairement.

Toutefois en raison de la dureté extrême de la tumeur, caratère sur lequel j'ai déjà insisté à diverses reprises, car il nous avait beaucoup frappé, on avait une réserve, petite, il est vrai, pour l'enchondrôme. Une autre réserve était justifiée par ce commémoratif donné par le malade, qu'il avait toujours eu depuis son enfance quelque chose au testicule.

On pouvait supposer que peut-être le hasard nous mettait en présence d'un de ces tératomes, rarement observés, presque toujours méconnus. Une autre explication du renseignement donné par notre homme, pourrait être fournie par le varicocèle du cordon. Il était possible que la dilatation des veines fut survenue dans l'adolescence constituant ce quelque chose d'anormal qu'il savait exister dans sa bourse gauche.

Mais la présence de la tumeur suffisait à expliquer l'état des veines du cordon, et dès lors il n'était plus possible de discuter sur cette base fragile.

Quoiqu'il en soit l'indication nette était d'intervenir, d'extirper cette tumeur. En admettant qu'elle fût maligne, comme nous le supposions, elle paraissait limitée encore à l'organe ne vahi, car nulle part dans l'économie, l'examen le plus minutieux n'avait rien révélé de suspect.

La castration fut pratiquée le 7 avril. Les fils ont été coupés le 15, et la réunion étant parfaite, P..., a pu quitter l'hôpital le 19.

En examinant la pièce immédiatement après l'opération, nous avons pu constater que la vaginale était intacte, elle ne conte-

nait pas une goutte de liquide, la surface de la séreuse était parfaitement saine. L'albuginée soulevée par les bosselures avait conservé sa blancheur nacrée et à la partie supérieure du testicule augmenté de volume était encore appendue l'hydatide de Morgagni. La tumeur était bien testiculaire.

L'épididyme constituait la masse sous-jacente. Celle-ci s'était affaissée, une fois vidée du sang qu'elle contenait.

A la coupe elle présentait un aspect spongieux et sur la tranche, on apercevait les lumières d'un grand nombre de canaux veineux. En somme, l'épididyme était distincte de la tumeur principale, dont il était séparé nettement par le cul-de-sac vaginal sous-épididymaire parfaitement conservé, et à part la dilatation vasculaire mentionnée plus haut au niveau de la queue, il était intact. Le testicule présentait à son centre et vers le bord postérieur un foyer creux, hématique, résultant manifestement d'une hémorrhagie.

Toute la glande autour de ce foyer était ferme, d'un blanc rosé ; mais sur ce fond, on distinguait encore les travées blanches qui limitent les lobes testiculaires.

M. Milian qui a bien voulu se charger de l'examen histologique de la pièce, a été conduit à admettre qu'il s'agissait d'un lymphadénôme.

Nous allons reproduire la note histologique de M. Milian telle qu'elle a été présentée à la séance de société anatomique du 21 avril 1899.

A un faible grossissement, on distingue sur les coupes un peu larges :

1° L'albuginée, épaissie, impossible à distinguer de la vaginale;

2° Des nodules néoplasiques arrondis, comme énucléables, et, de fait, quelques-uns ont été emportés par le rasoir ;

3° Un tissu intermédiaire séparant les nodules ;

4° Une portion centrale dégénérée où les formes cellulaires ont disparu.

La coque environnant le testicule est fibreuse.

Il existe des traînées de lymphocytes, ainsi que des fentes et des lacunes doublées d'un endothélium et qui paraissent être des lymphatiques.

La vaginale recouvre l'albuginée épaisse et scléreuse, sans subir de modification appréciable.

Les nodules néoplasiques, souvent visibles à l'œil nu, sont très variables comme dimensions.

Certains dépassent, sur la coupe, la superficie d'une pièce de 50 centimes. Ils sont fortement colorés par l'hématoxyline. Ils sont constitués par un amas de cellules pressées les unes contre les autres, séparées seulement par un fin réticulum. De place en place, l'amas cellulaire perd son homogénéité, traversé qu'il est par un capillaire dont on voit les cellules allongées et sur la paroi duquel viennent prendre insertion des travées de réticulum, où se juxtaposent des lymphocytes. Ces nodules en effet, ne renferment de lymphocytes qu'au voisinage des capillaires et des faisceaux conjonctifs ou à leur périphérie. La masse principale est formée par de grosses cellules rondes ou ovalaires, quelquefois polyédriques par pression réciproque dont la presque totalité est remplie par le noyau, le protoplasma étant à peine apparent. Ce noyau est granuleux et possède constamment un gros nucléole central, arrondi, fortement coloré et à contours irréguliers, presque en buisson d'épines. Il est fréquent d'observer des figures de kariokynèses dans ces

cellules. Si on voulait appliquer à celles-ci la terminologie actuelle, on pourrait dire que ce sont de gros mononucléaires. La cohésion des cellules n'est pas très grande dans ces nodules néoplasiques, car le centre est presque toujours décollé par les manipulations de préparation, et l'on voit flotter dans ce vide central des brins de réticulum quelquefois accompagnés d'une ou deux cellules.

Outre ces grosses cellules à noyaux, on distingue des cellules éosinophiles, dans les coupes colorées à la fuschine orange. Elles sont asez nombreuses, car il n'est pas rare d'en rencontrer cinq ou six dans un même champ de microscope à l'immersion 1/12. Ces cellules éosinophiles sont beaucoup plus petites que les cellules précédentes. Dela surface d'un globule blanc, elles possèdent un petit noyau, fortement coloré par l'hématoxyline et complètement opaque ; le plus souvent ce noyau est double et les deux noyaux sont accolés l'un à l'autre.

On ne voit pas de mastzellen dans la préparation à la thionine.

Le tissu intermédiaire à ces nodules néoplasiques est formé de faisceaux conjonctifs dont la tendance à la réticulation est constante.

On y distingue de grosses cellules fusiformes dont les extrémités se fusionnent avec les faisceaux. Faisceaux et cellules forment un ensemble de fentes, mailles, réticules infiltrés de lymphocytes.

Par places, surtout autour des vaisseaux, l'infiltration par les lymphocytes est si marquée qu'elle forme des nodules ou même des lymphomes.

Dans la partie centrale de la tumeur il n'y a plus de distinction entre les nodules néoplasiques et le tissu intermédiaire,

Tout est bouleversé. Il ne reste plus trace de testicule. La tumeur est elle-même nécrosée. Au contraire à la périphérie, sous l'albuginée, il reste encore des traces de la structure testiculaire dans le tissu intermédiaire. On distingue en effet des tubes séminifères, les uns réduits à l'état de fente, les autres plus ou moins aplatis, d'autres à peu près intacts pour la forme. Dans tous les cas, la lumière du tube est libre d'éléments étrangers, l'épithélium est aplati ou en train de régresser vers l'état embryonnaire, la paroi seule a subi d'importantes modifications,d'à peine appréciables, elle est devenue très épaisse et fibreuse ; une réticulation analogue à celle de la substance intermédiaire s'y développe même par places. Quelques tubes renferment du sang.

On ne voit pas d'hémorrhagie, ni d'autres lésions dans ce tissu intermédiaire.

Il n'y a, dans ce tissu intermédiaire, pas d'éosinophiles ni de mastzellen.

La partie centrale du testicule est nécrosée. Les grosses cellules sont nécrosées et non colorées. Il ne reste qu'une grande quantité de granulations chromatiques, erratiques ou englobées dans une vague formation protoplasmique dégénérée et rappelant la cellule originelle avant sa dégénérescence.

OBSERVATION II

(Terrillon. Bull. soc. chirur. Paris, 1891 t. XVII).
Lymphadénome du testicule gauche datant de 2 mois 1/2. Castration. Guérison persistant depuis 3 ans.

M. D..., âgé de 45 ans, est vigoureux, ayant toutes les apparences d'une bonne santé.

Un jour il s'aperçut que le testicule gauche présentait une partie dure, indolente, occupant la région inférieure de l'organe. Peu inquiété par cette constation, il va, seulement au bout de quelques jours consulter son médecin qui me l'envoie. En palpant avec soin le testicule gauche, on constate en effet la présence d'une tuméfaction dure, résistante, occupant le quart inférieur de la glande et se confondant insensiblement en arrière avec la partie saine.

Celle-ci a sa consistance normale et sa sensibilité caractéristique à la pression.

On ne retrouve d'ailleurs aucune autre altération, ni du côté des enveloppes, ni du côté du cordon, ni dans la prostate.

Interrogé avec soin, M. D.. . n'accuse aucune trace de syphilis, l'examen du malade n'en révèle pas davantage.

Rien dans ses antécédents ne pouvait mettre sur la voie d'une diathèse quelconque.

Le cas était embarrassant et demandait quelque réflexion avant d'arriver à un diagnostic précis. Le malade fut soumis à l'usage simultané du mercure et de l'iodure de potassium à dose assez élevée pendant un mois environ. En même temps le scrotum était enveloppé dans un vaste emplâtre de Vigo.

Après ce laps de temps, un examen nouveau fit constater très nettement que la partie indurée avait augmenté d'une façon très notable et envahissait plus du tiers de l'organe testiculaire.

Elle était dure, élastique, ne présentait aucune bosselure et n'était le siège d'aucune douleur ni spontanée, ni à la pression.

Le diagnostic de tumeur intra-testiculaire auquel j'avais pensé dès le début semblait donc s'affirmer, et mon collègue le

Dr Terrier, qui la vit à cette époque, confirma le diagnostic. Cependant comme la marche et l'augmentation de volume n'étaient pas très rapides, on pouvait encore faire une tentative avec le traitement antisyphilitique qui fut suivi pendant trois semaines.

Après ce laps de temps, l'hésitation n'était guère permise, l'augmentation était manifeste, et quelques douleurs étaient survenues.

Je pensai donc que le meilleur conseil à donner au malade était de faire l'ablation radicale de cet organe, espérant ainsi le mettre à l'abri plus tard d'une récidive, en supposant que les lymphatiques et les ganglions prélombaires n'étaient pas encore atteints, vu le peu de temps écoulé depuis le début de l'affection. Cette opinion fut acceptée par le médecin du malade et par le patient lui-même.

L'opération eut lieu le 4 juin 1887 avec le concours de M. Terrier. Elle fut des plus simples, et une double ligature en chaîne avec la soie aseptique fut appliquée sur le cordon. Les bords de la plaie scrotale furent réunis avec des sutures et un petit tube à drainage placé dans la partie déclive.

La réunion fut parfaite, et la guérison complète en une dizaine de jours, sauf la persistance d'une fistulette par laquelle on vit s'éliminer au bout de plusieurs semaines le fil à ligature.

L'examen de la pièce fut particulièrement intéressant : par une fente longitudinale séparant le testicule en parties égales, on voyait nettement que le tiers antérieur du testicule était remplacé par une substance plus dure, plus homogène et plus blanchâtre que la substance testiculaire. Cette matière était en rapport direct avec la suface de l'albuginée en avant ; mais, en

arrière elle se confondait insensiblement avec la substance testiculaire qui semblait intacte.

L'examen histologique fut pratiqué par le Dr Brault, préparateur du laboratoire de la Faculté qui me donna une note manuscrite que je garde avec soin.

Pour lui, il s'agissait évidemment d'un lymphadénome à petites cellules qui avaient envahi la partie antérieure du testicule.

Vers la limite du tissu malade et du tissu sain les tubes testiculaires semblaient atrophiés et étouffés par le tissu voisin qui les envahissait.

On ne trouva rien ni dans les vaisseaux, ni dans la partie du cordon enlevée qui furent aussi examinées. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis près de 4 ans, M. D..., a conservé sa bonne santé, il n'éprouve ni dans la cicatrice, ni dans l'autre testicule, ni dans l'abdomen aucune lésion apparente.

Un seul phénomène qui peut être interprété de façon bien différente et qui n'a probablement avec l'ablation du testicule qu'une relation bien lointaine, l'a tourmenté pendant plusieurs mois. Subitement il fut pris d'impuissance, aucune excitation ne pouvant réveiller les érections. Cet état dura quelques mois en 1889, et cessa pour ne donner depuis aucune inquiétude.

Observation III

(Terrillon, Bull. Soc. chir. Paris, 1891. t. XVII).
Lymphadénôme du testicule droit au début. Castration.
Guérison datant d'un an.

Cette troisième observation est absolument analogue à la deuxième.

M. B..., âgé de 62 ans, jouissant d'une bonne santé, s'aperçut un jour, par hasard, qu'il existait au niveau de son testicule droit, une bosselure indolente. Inquiet il consulta son médecin le Dr Duperrier qui, après avoir recherché en vain chez son client quelques traces de syphilis ou de tuberculose hésita à faire un diagnostic et m'adressa le malade.

Je trouvai, en effet, à la partie antérieure du testicule, une tuméfaction occupant environ le tiers de la glande. Cette tuméfaction était indolente, bien limitée et distincte, sans être séparée du reste de l'organe par une ligne de démarcation. L'épididyme et le cordon étaient intacts. Je ne pus davantage trouver aucune altération dans le voisinage.

Il était difficile de ne pas penser aussitôt à la présence d'un néoplasme dans le tissu de la glande. Je fis part de mes appréhensions au malade et à son médecin, mais en déclarant que je ne voulais rien essayer avant qu'un traitement iodùré n'eut été appliqué pendant plusieurs semaines.

Nous n'avions cependant trouvé chez lui aucun antécédent ni aucune trace nous permettant d'admettre la syphilis. Mais on sait combien est insidieux quelquefois le développement des gommes du testicule.

Le malade suivit donc un régime sévère pendant près de 5 à 8 semaines sans qu'on put percevoir une amélioration, au contraire, la tuméfaction avait augmenté notablement.

D'accord avec le Dr Duperrier, je proposai une opération radicale qui fut avec peine acceptée par le malade. Cependant en présence de nos craintes d'une part, et de nos espérances de l'autre, il se résolut à supporter cette amputation.

L'opération eut lieu le 28 février. Elle fut simple. Je fis la ligature du cordon avec un double fil de soie disposé en chaîne

et fis la réunion sans drainage. La guérison fut complète en huit jours.

La pièce examinée après une coupe longitudinale donna à peu près les mêmes caractères que la précédente et voici la note manuscrite que M. Brault a bien voulu me remettre :

« Le testicule avait à la coupe l'aspect d'un sarcôme ; les « masses étaient molles, blanchâtres, de consistance encépha- « loïde.

« A l'examen microscopique les cellules de la tumeur se rap- « prochaient davantage de celles des sarcômes globo-cellu- « laires à petites cellules. Mais d'autres points de la prépara- « tion montraient un tissu conjonctif nettement réticulé lym- « phoïde.

« Au point de vue de la variété du néoplasme, on peut donc hésiter, mais au point de vue de la marche et du pronostic, les deux tumeurs semblent s'équivaloir : sarcôme à petites cellules ou lymphadénôme, il n'y a pas d'autre alternative ; ainsi que cela se produit ordinairement dans les sarcômes ou les lymphadénômes du testicule, la glande n'était représentée à la périphérie de la tumeur que par un petit nombre de tubes séminifères. Dans les parties centrales, il n'en existait plus trace. »

Observation IV

De M. le professeur Guyon.

H..., Ch., garçon d'office, homme de 34 ans, entré à l'hôpital Necker, le 11 janvier, sorti fin mars.

Antécédents héréditaires. — Père cancéreux (cancer de l'estomac). Frère mort tuberculeux.

Antécédents personnels. — Strumeux (conjonctivites répétées pendant l'enfance). Pas de vérole.

Actuellement otorrhée qui dure depuis l'âge de 7 ans, perforation de la membrane du tympan, son testicule gauche grossit depuis deux mois régulièrement.

Il n'a d'abord éprouvé qu'une simple sensation de pesanteur.

Depuis un mois, élancements passagers survenant de préférence le soir. Etat général bon. Pas d'amaigrissement. Etat sain de la prostate et du cordon. Il semble que la tête de l'épididyme du côté droit soit un peu douloureuse, on peut dire cependant que le testicule droit est sain. Un verre à liqueur de liquide citrin dans la vaginale. Après ponction faite le 12 janvier, exploration très facile du testicule. Tumeur ovoïde pointue en bas semblant s'enfoncer dans le cordon par sa grosse extrémité supérieure.

Consistance homogène élastique. Glande et épididyme confondus, il est impossible de distinguer l'un de l'autre.

Pendant les premiers jours traitement spécifique ; amélioration nulle.

Castration le 14 février 1879. Pansement de Lister. Ligature en masse du cordon.

Deux points de suture profonde, six points de suture superficielle, un tube à drainage dans l'angle inférieur de la plaie scrotale. Pendant les deux ou trois premiers jours qui ont suivi l'opération, souffrances assez vives, mais ensuite indolence absolue. La suppuration a toujours été minime, un dé à coudre de pus sur les pièces à pansement pendant les 8 premiers jours seulement, ensuite sécrétion insignifiante de la plaie.

Le 15 février. — Les sutures profondes ont été enlevées, les superficielles coupées le 17, et enlevées le 19. Le 7 mars, pous-

sée légère d'érysipèle autour de la plaie qui persiste encore à l'extrémité inférieure de la cicatrice (là où était le drain). Sous l'influence d'un vomitif tout rentre dans l'ordre. En fin mars le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Le malade sorti guéri de la plaie opératoire à la fin de mars 1879 est allé en convalescence à Vincennes où il est resté jusqu'au 12 avril. Pendant son séjour à l'Asile, il s'est aperçu que son testicule droit grossissait sans douleur. En même temps se montraient des douleurs dans le dos et la région lombaire, qui, loin de cesser, ont été depuis plutôt en augmentat.

Il est admis de nouveau à l'hôpital Necker dans le service de M. Guyon, le 11 mai 1879. Il y a environ trois semaines qu'il s'est aperçu par hasard du développement sur le front et sur le haut de la tête de petites tumeurs qui ne lui ont jamais causé aucune douleur.

Etat actuel. — Etat général bon ; pas de pâleur, pas d'amaigrissement, appétit aussi bien conservé qu'auparavant.

Tout le corps est examiné avec beaucoup de soin et on ne trouve de lésions qu'au testicule et à la tête.

1° *Testicule.* — Présente le volume d'un œuf de poule, ce qui tient à l'augmentation de volume de la glande et à la présence d'un léger épanchement d'un centimètre d'épaisseur environ dans la vaginale, consistance ferme, comme élastique. Surface lisse, uniforme dans presque tous les points sauf à la partie supérieure où il existe quelques inégalités, quelques petites bosselures et à la dureté est plus grande que partout ailleurs.

Le testicule est plus volumineux, l'épanchement mois considérable, la dureté semblable dans tous les points sauf à la partie supérieure qui est plus dure qu'auparavant.

Le cordon est sain. L'épididyme ne peut être distingué de la

tumeur et paraît être représenté en partie par ces bosselures situées à la partie supérieure, qui sont douloureuses à la pression, car le cordon se perd à ce niveau ; le testicule paraît avoir fait la bascule.

2° *Tête.* — Au-dessus de la queue du sourcil droit, tumeur adhérente au périoste sur lequel elle est largement implantée, de trois centimètres de diamètre environ et de un centimètre de hauteur, de consistance uniforme, dure, élastique, fibreuse, se continuant insensiblement avec les tissus voisins, peau intacte. Pas de douleurs spontanées, ni à la pression. Douleur à la pression vers la partie supérieure seulement à la limite de la tumeur.

L'œil de ce côté paraît repoussé en avant, quoique l'ouverture palpébrale soit plus étroite ; pas de douleurs dans l'orbite, pas de déviation de l'œil, mobilité et acuité visuelles semblables à celles de l'autre côté.

De temps en temps élancements douloureux, mouvement respiratoires gênés, toux et éternuement très difficiles. Ces douleurs sont presque localisées à gauche. La marche est gênée, il est obligé de se pencher un peu en avant et de tenir son tronc immobile.

Douleurs ayant le même caractère à la région lombaire avec des irradiations dans le bas-ventre. Toutes ces douleurs sont augmentées par la pression. Rien à la percussion ni à l'auscultation. Urines normales.

Rien dans les fosses iliaques, ni vers la face antérieure dans la région lombaire.

L'examen du sang pratiqué par M. le Dr Du Castel, au laboratoire de l'hôpital Necker à la fin du mois de juin (1879) donne les résultats suivants : globules rouges 2.967.090, globule blanc pour 153 globules rouges.

CONCLUSIONS

D'après ce qui précède nous conclurons donc que : le lymphadénome constitue une tumeur parfaitement distincte des autres tumeurs du testicule, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique.

Nous avons montré que le diagnostic sur le vivant était possible ; les caractères de la tumeur et la bilatéralité des lésions d'une part, la lenteur de l'évolution presque à l'insu du malade et la tendance à la généralisation d'autre part, tels sont les principaux caractères qui individualisent cliniquement l'affection qui nous occupe.

Le pronostic est d'une gravité exceptionnelle puisque l'affection se termine habituellement par la mort.

Aussi conseillons-nous l'intervention précoce avec l'espoir que, faite dès le début avant toute menace de généralisation, la castration mettra peut-être le malade à l'abri d'une récidive et des manifestations métastatiques rapidement mortelles.

Vu par le Président de la thèse,
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

LETULLE et MALASSEZ. — Lymphadénome du testicule, Bull. soc. anat. 1876, 4e série, t. I, page 149 et 153.

MALASSEZ. — Lymphadénome du testicule. Bull. soc. anat. 1877, 4e série, t. II, p. 176.

TRÉLAT. — Lymphadénome du testicule. Bull. soc. chir. 1877, p. 149.

MONOD et TERRILLON. — Essai sur le lymphadénome du testicule. Arch. gén. de méd. 1879, 7e série, t. IV, p. 34 et 325.

TALAVERA. — Recherches histologiques sur quelques tumeurs du testicule. Th. Paris, 1879.

MAUNOURY. — Lymphadénome du testicule. Bull. soc. anat. 1881, 4e série, t. VI, p. 434.

DIGUE. — Lymphadénome du testicule. Bull. soc. anat. 1882, 4e série, t. VII, p. 312.

CONHEIM. — Vorlesungen über allgemeïne pathologie, 2e édit. Berlin, 1882.

RICARD. — Lymphadénome du testicule. Bull. soc. anat., 4e série, t. VIII, p. 274.

CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 1884, t. II, p. 670.

FOLLIN et DUPLAY. — Traité de pathologie externe, 1888, t. VII, p. 329.

MONOD et TERRILLON. — Traité des maladies du testicule 1889, p. 654.

TERRILLON. — Castration hâtive pour lymphadénome du testicule. Bull. soc. chir. 1891, p. 55.

TRÉLAT. — Clinique chirurgicale 1891. t. II, p. 511.

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

FORGUE et RECLUS. — Traité de thérapeutique chirurgicale, 1898, t. II, p. 1111.

JOUVE et BOYER, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine Paris.